



**University of  
Zurich<sup>UZH</sup>**

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2013

---

## **Best of "Less is more"**

Neuner-Jehle, S

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-93655>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Neuner-Jehle, S (2013). Best of "Less is more". *PrimaryCare*, 13(4):70-71.

Stefan Neuner-Jehle

## Best of «Less is more»

«Weniger ist mehr» und «Zuviel des Guten» war schon mehrfach ein Thema in diesem Journal [1, 2] und in anderen Hausärzte-Statements [3]. Im angloamerikanischen Raum ist die «Less is more»-Bewegung stark, und kürzlich haben sich elf medizinische Fachgesellschaften der USA zusammengesetzt und Listen publiziert, die – nach Fachgebiet geordnet – je fünf diagnostische und therapeutische Gewohnheiten hinterfragen [4]. Auf 18 Seiten sind diese 9 × 5 traditionellen Interventionen auf der Webseite übersichtlich aufgelistet und mit Begründungen versehen, warum man/frau sie lieber sein lassen sollten. Natürlich widerspiegeln sie den aktuellen Stand des Irrtums und die subjektive Auswahl der Fachgesellschaftsvertreter; in ein paar Jahren kann einiges wieder anders sein. Zudem kann die spezielle Situation eines Patienten – oder auch dessen Ängste oder Wünsche – gerade diese Abklärung oder jene Therapie sinnvoll machen.

Aber hinterfragen Sie Ihr professionelles Verhalten selbstkritisch: Gibt es nicht den einen oder anderen Zopf, der mangels Evidenz abgeschnitten werden sollte? Ich jedenfalls habe solche gefunden und gekappt! Und andere haben immerhin den herzerwärmenden Effekt des «Wusst' ich's doch immer schon...» ausgelöst.

Hier nun eine Auswahl der 20 wichtigsten «Don't's», die für die Hausarztmedizin relevant sind, übersetzt und in einer Tabelle zusammengestellt. Überlappende, d.h. von mehreren Fachgesellschaften erwähnte Empfehlungen wurden zusammengezogen. Wo die Formulierungen unpräzise scheinen, hilft das Nachlesen des Kleingedruckten unter Referenz 4.

Nun ans Werk: **Markieren Sie in der rechten Kolonne diejenigen Abklärungen oder Therapien, auf die Sie ab morgen verzichten werden!**

Allgemein-/Familienmedizin	
Keine bildgebende Diagnostik bei Lumbago in den ersten sechs Wochen, ausser bei Alarmzeichen («red flags») wie z.B. progrediente neurologische Ausfälle	
Bei Frauen unter 65 und Männern unter 70 Jahren ohne Risikofaktoren für Osteoporose kein Osteoporose-Screening mit DXA	
Keine jährlichen EKG's oder andere kardiologische Screening-Untersuchungen bei Niedrigrisiko-Patienten ohne Symptome	
Keine PAP-Abstriche bei Frauen unter 21 Jahren oder Frauen, die wegen einer nicht-malignen Erkrankung hysterektomiert wurden	
Allergologie, Immunologie und Asthma	
Keine Diagnose oder Management von Asthma ohne Spirometrie – zu unspezifisch sind Anamnese und Klinik hinsichtlich Diagnose und Schweregrad	
Kein CT der Sinus zur Abklärung einer unkomplizierten akuten Rhinosinusitis. Keine Antibiotika bei unkomplizierter Rhinosinusitis, ausser bei prolongierter Dauer (>7 Tage) oder Verschlechterung nach initialem Ansprechen	
Kardiologie	
Keine nicht-invasiven bildgebenden Untersuchungen bei asymptomatischen Niedrigrisiko-Patienten, weder in der Erstabklärung, als jährliche Nachkontrolle noch als präoperative Abklärung für Niedrigrisiko-Eingriffe (ohne Herz-OP)	
Keine Echokardiographien als Routine-Nachkontrollen bei milder, asymptomatischer Valvulopathie	
Innere Medizin	
Keine Ergometrien bei asymptomatischen Niedrigrisiko-Patienten für KHK	
Kein CT oder MRI des Gehirns bei einfacher Synkope mit normalem Neurostatus.	
Bei Patienten mit niedriger Vortestwahrscheinlichkeit für eine tiefe Venenthrombose/LE Initialabklärung mit D-Dimer, nicht mit bildgebender Diagnostik	
Kein präoperatives Thorax-Röntgenbild bei blander Anamnese und Status	
Radiologie	
Keine bildgebende Diagnostik bei unkompliziertem Kopfweh	
Ultraschall statt CT bei der Erstabklärung einer Appendizitis bei Kindern	
Gastroenterologie	
Säurehemmende Medikamente (PPI, H <sub>2</sub> -Blocker) bei der Langzeitbehandlung der Refluxerkrankung auf die niedrigste effiziente Dosis titrieren, welche die Symptome zu kontrollieren vermag	
Nach einer Koloskopie mit normalem Befund kein Darmkrebs-Screening mehr (irgend eine Methode) für die folgenden 10 Jahre, bei Personen mit durchschnittlichem Risiko	
Nach einer koloskopischen Entfernung von ein oder zwei kleinen (<1 cm) Adenopolyphen ohne Dysplasien keine Koloskopie mehr für die folgenden 5 Jahre	

**Onkologie**

Kein CT, PET oder Knochenszintigraphie als Staging für Frühkarzinome mit niedrigem Metastasenrisiko, bei Prostata- und Mammakarzinom

Kein CT, PET, Knochenszintigraphie oder Biomarker als Nachsorge bei kurativ behandeltem Mammakarzinom

**Nephrologie**

Keine NSAR bei Patienten mit Hypertonie, Herzinsuffizienz oder chronischer Niereninsuffizienz

**Literatur**

- 1 Neuner-Jehle S. Kritischer Blick auf die Prävention – wann ist weniger mehr? PrimaryCare. 2010;10(19):363–8.
- 2 Neuner-Jehle S. Zuviel des Guten – Rezepte gegen Polypharmazie. PrimaryCare. 2011;11(12):212–5.
- 3 Kissling B. Less Cancer Screening. Schweiz Med Forum. 2011;11(51–52):958–60.
- 4 [www.choosingwisely.org](http://www.choosingwisely.org)

**Korrespondenz:**

Dr. med. Stefan Neuner-Jehle, MPH  
 Institut für Hausarztmedizin Zürich  
 Pestalozzistrasse 24  
 CH-8091 Zürich  
[sneuner\[at\]bluewin.ch](mailto:sneuner[at]bluewin.ch)